

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

510

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean ESCOLAN

Né le 8 août 1907, à Saint-Méen-le-Grand (Ille-et-Vilaine)

Traitement endocrinien
dans certaines formes

de

Kérato-Conjonctivite phlycténulaire

Président : M. TERRIEN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean ESCOLAN

Né le 8 août 1907, à Saint-Méen-le-Grand (Ille-et-Vilaine)

Traitement endocrinien
dans certaines formes

de

Kérato - Conjunctivite phlycténulaire

Président : M. TERRIEN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN.....	Clinique médicale.
BRULÉ.....	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER.....	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT.....	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de reconnaissance et de
piété filiale.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de notre thèse.*

Hommage de notre profond respect.

A M. LE DOCTEUR DIEU
Ophtalmologiste des hôpitaux du Mans

En témoignage de notre gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

AVANT-PROPOS

Lorsque l'on étudie l'histoire de l'ophtalmologie, on constate que dans les temps anciens, les maladies des yeux étaient traitées par des oculistes presque étrangers aux autres parties de la médecine et de la chirurgie. Ce n'est que vers la fin du ^{xviii}^e siècle et surtout au début du ^{xix}^e que l'ophtalmologie sortit peu à peu de l'empirisme, et c'est à Sichel et Desmarres que revient le mérite d'avoir montré ses rapports avec la pathologie générale.

« Il n'y a guère d'organe, dit Sichel, à propos de l'œil, dont les rapports avec le reste de l'économie soient plus intimes, plus multipliés, plus variés, et dans lequel les différentes modifications de l'économie tout entière se réfléchissent plus promptement et plus distinctement ».

De même, A.-F. Vallin écrit en 1843 : « La médecine oculistique ne consiste pas dans l'étude exclusive du globe de l'œil, et à se borner à couvrir les yeux d'onguents et de collyres. Il faut chercher ailleurs que dans cet organe, qui n'est qu'un anneau de la grande chaîne de l'organisme, les causes des maladies dont il peut être atteint ».

Depuis, avec les progrès de l'anatomie pathologique et de la physiologie, ces causes ont pu être, dans une certaine mesure, précisées, et l'ophtalmologie est entrée dans une voie nouvelle. Les auteurs se sont efforcés de rechercher la pathogénie des principales affections oculaires, pour en déduire une thérapeutique rationnelle.

Prenons comme exemple la kératite phlycténulaire, que nous aurons en vue dans notre thèse. Signalée dans les Œuvres d'Ambroise Paré, elle a été étudiée par les auteurs modernes, qui ont bien montré son apparition chez des enfants prédisposés (scrofuleux ou lymphatiques) et la nécessité, à côté du traitement local, surtout symptomatique, d'un traitement général destiné à modifier le terrain.

Les travaux plus récents sur les manifestations endocriniennes ouvrent un champ nouveau aux recherches étiologiques en ophtalmologie. Des écrits déjà nombreux ont été consacrés à cette question. Nous pouvons citer, en France, ceux de MM. Terrien, Sedan, Darier, Bailliant, Plicque, Sainton. M. Léopold Lévi, le 15 novembre 1931, fit à la Société d'ophtalmologie de Paris une conférence sur « l'œil et les endocrines ». Il y passa en revue les principales affections oculaires, et montra la part qu'on peut attribuer aux glandes à sécrétion interne dans leur pathogénie. Il insista particulièrement sur le rôle de la thyroïde et de l'ovaire dans la cataracte, le glaucome, et dans certains troubles qu'il appelle ophtalmo-angiocriniens.

• La kératite phlycténulaire étant une des affections oculaires où l'influence de l'état général est le mieux établie, il était logique de penser qu'un mauvais fonctionnement des glandes à sécrétion interne pouvait jouer un rôle dans son apparition.

Depuis deux ans M. le D^r Dieu, ophtalmologiste des hôpitaux du Mans, applique à cette lésion, lorsque les malades présentent en même temps des signes d'insuffisance endocrinienne, un traitement opothérapique associé au traitement habituel. Il a bien voulu nous communiquer les observations qui serviront de base à notre travail. Qu'il nous soit permis de le remercier ici, pour la confiance qu'il nous a témoignée, et les conseils qu'il nous a prodigués, au cours de l'élaboration de notre thèse.

Traitement endocrinien dans certaines formes
de
Kérato-Conjonctivite phlycténulaire

Introduction.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire est une des affections oculaires les plus fréquentes dans le jeune âge. On la rencontre encore quelquefois chez l'adolescent, tandis que chez l'adulte, elle est beaucoup plus rare.

Elle peut survenir isolément, sans manifestations morbides antérieures, mais le plus souvent elle apparaît à la suite de maladies anergisantes, comme la rougeole, ou chez des individus prédisposés, scrofuleux ou lymphatiques. On la rencontre encore chez des enfants infectés, atteints de catarrhe nasal et porteurs d'impétigo. Aussi, les auteurs ont-ils proposé de l'appeler kératite scrofuleuse (Siegrist), lymphatique (Poulard), impétigineuse (Terrien).

La lésion superficielle consiste essentiellement en une ou plusieurs petites élevures solides, rouges, accompagnées d'hyperémie conjonctivale, et que l'on voit sur le limbe ou sur la cornée.

Les symptômes subjectifs sont à leur minimum

quand la conjonctive est seule intéressée, mais la participation cornéenne se signale par une photophobie intense et du larmolement. « L'enfant se présente la tête baissée, les mains sur les yeux, et fuit la lumière » (Terrien).

L'évolution de la phlyctène se fait en deux ou trois semaines. Lorsqu'elle siège sur la conjonctive, elle disparaît sans laisser de trace. L'atteinte de la cornée, au contraire, détermine la production d'une petite taie, plus ou moins apparente. Dans les cas graves, la lésion peut même aboutir à la perforation de la cornée, avec ses conséquences.

Les récidives sont fréquentes, et l'affection, surtout chez les enfants lymphatiques, peut durer des mois et même des années.

Le diagnostic est généralement facile. « Quand vous aurez vu le bouton conjonctival ou cornéen, le diagnostic est fait » (Terson).

Le traitement est à la fois local et général, comme nous le verrons.

Telle est la description très sommaire que nous pouvons faire de cette affection, qui tire son intérêt de sa grande fréquence, et des conséquences graves qu'elle peut avoir. M. Morax écrit à ce sujet : « La kératite impétigineuse ou phlycténulaire est de beaucoup l'affection cornéenne la plus fréquente dans l'enfance; c'est aussi celle dont les lésions cicatricielles retentissent le plus sur la vision ».

Dans notre travail, nous aurons surtout en vue la

thérapeutique de l'affection. Nous ferons d'abord une étude étiologique, et des causes, nous essaierons de déduire les remèdes. Plus particulièrement nous nous efforcerons de montrer le rôle, dans l'apparition et la récurrence de la maladie, de l'insuffisance endocrinienne et partant, les bons résultats qu'on peut attendre d'une médication opothérapique appropriée.

CHAPITRE PREMIER

La kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Etude étiologique.

Rôle de l'insuffisance endocrinienne.

On ne connaît pas la cause directe de la kératite phlycténulaire, et on n'a pas encore réussi à la reproduire expérimentalement. Les recherches pathologiques et bactériologiques ont seulement montré qu'elle a une origine endogène, et beaucoup d'auteurs la rattachent à une toxémie tuberculeuse. Riehm, raisonnant par analogie avec l'anaphylaxie, pense que la phlyctène serait due à l'apport de produits tuberculeux, ou même de germes banaux, dans l'œil d'un sujet en état d'allergie (Communication à la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg, *Ann. d'oculistique*, 1929). Mais l'origine tuberculeuse est loin d'être admise par tout le monde. Morax dit qu'on peut envisager pour la kérato-conjonctivite impétigineuse un processus analogue à celui de la variole, et dont le principe virulent nous serait inconnu (*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. 5, p. 763).

Si la pathogénie de l'affection est encore très dis-

cutée, tous les auteurs reconnaissent qu'elle se développe sur un terrain prédisposé. A ce point de vue, la kératite phlycténulaire peut être considérée soit comme une complication d'affections du revêtement cutané et des muqueuses, soit comme manifestation d'un état général déficient.

Comme complication d'affections du revêtement cutané, elle survient chez des enfants porteurs d'impétigo du cuir chevelu (pédiculose) et de la face, ou présentant des lésions eczémateuses nasaires, rétro-auriculaires, péri-buccales. Pour Sabouraud, d'ailleurs, les sillons rouges, squameux et croûteux, rétro-auriculaires, la blépharite, la kératite, le coryza chronique qui entretient l'œdème de la lèvre supérieure, seraient des conséquences de l'impétigo vulgaire.

Comme complication d'affections des muqueuses, la kératite phlycténulaire apparaît à la suite d'une infection aiguë (rougeole, coqueluche, scarlatine), ou au cours d'une infection chronique (catarrhe nasal muco-purulent, otorrhée, caries dentaires, rhagades des commissures). Morax a insisté sur le rôle des lésions nasales, en particulier des végétations adénoïdiennes avec coryza chronique. Knies avait déjà signalé la coïncidence fréquente entre les récives oculaires et les exacerbations nasales.

Du fait que la kérato-conjonctivite accompagne ou suit ces inflammations de la peau et des muqueuses, faut-il voir une parenté entre les lésions, ou une relation de cause à effet ? Haab considère la conjonc-

tivite phlycténulaire comme l'eczéma de la conjonctive, et Darier écrit : « Certains coryzas, la blépharo-conjonctivite à pyocoques, la conjonctivite phlycténulaire même, peuvent être à la rigueur considérés comme des impétigos des muqueuses » (Darier, *Précis de Dermatologie*).

Pour Marfan, toutes ces lésions : impétigo, ecthyma, rhinite vestibulaire, kératite phlycténulaire, qui faisaient partie du tableau de l'ancienne scrofule et furent considérées plus tard comme des pyodermites (streptococciques, staphylococciques), doivent rentrer dans un même groupe, analogue au groupe des tuberculides de Darier. Chez les sujets qui les présentent, particulièrement quand ils sont très jeunes, la cuti-réaction à la tuberculine serait toujours positive et très forte. (Marfan, « Scrofule et ophtalmie phlycténulaire », *Presse médicale*, sept. 1928).

Est-ce à dire que tous les enfants atteints de kératite phlycténulaire soient des tuberculeux ? Nous ne le pensons pas. Czerny voyait dans cette tendance aux inflammations de la peau et des muqueuses un signe de *diathèse exsudative*, c'est-à-dire d'un trouble de la nutrition, du métabolisme, et l'indice d'une prédisposition neuro-vasomotrice.

Certains auteurs ont voulu considérer la phlyctène comme un signe de cette diathèse (Axenfeld, *Traité d'ophtalmologie*).

Ainsi, les opinions sont variées sur la nature de la kératite phlycténulaire. Nous pouvons simplement dire qu'il est toujours nécessaire de l'étu-

dier en fonction du terrain sur lequel elle évolue.

Voyons donc dans quelles conditions d'âge, de tempérament, l'affection se développe ordinairement.

Le plus souvent, elle survient dans la *première* enfance, comme manifestation d'un mauvais état général. Aussi, apparaît-elle à la suite des troubles de nutrition (mauvaise hygiène, misère physiologique) ou dans la convalescence de maladies anergisantes (rougeole, scarlatine).

Mais on la rencontre encore en dehors de tout état morbide aigu antérieur, chez des enfants qui présentent ce qu'il est convenu d'appeler un tempérament lymphatique.

Que faut-il entendre par ce terme qui, s'il a moins de vogue qu'autrefois, n'en représente pas moins une réalité clinique ?

Pour Sichel, il existe deux variétés de tempérament lymphatique : l'une indolente, torpide ; l'autre floride, excitable.

« La première, la constitution lymphatique indolente ou torpide, est caractérisée par les signes suivants : taille ramassée, moyenne, ou au-dessous de la moyenne ; architecture du corps plus grossière, abdomen souvent volumineux, traits sans expression, portant le cachet d'un esprit peu vif, souvent d'une intelligence obtuse, peu d'excitabilité, indolence générale, flaccidité et bouffissure des tissus mous, nez gros, épaté, lèvres épaisses, face arrondie, large, marche plus lente des maladies accidentelles ; disposition aux éruptions cutanées chroniques, aux ulcés-

rations de la peau et aux affections blennorrhœiques ».

« La deuxième variété, la constitution lymphatique excitable ou lymphatico-sanguine se reconnaît aux signes suivants : taille ordinairement plus élancée, plus grêle, architecture du corps plus fine, sans autant de développement de l'abdomen ; face plus souvent ovalaire qu'arrondie, traits expressifs, spirituels, annonçant une intelligence précoce, nez et lèvres de forme et de proportion ordinaires, teint blanc, relevé de couleurs vives ; disposition aux affections congestives et inflammatoires » (Sichel, *Iconographie ophtalmologique*).

Actuellement, nous n'en savons pas beaucoup plus que nos Anciens sur le lymphatisme.

Pour Hutinel, c'est une forme de dystrophie, qu'on décrit en Allemagne sous le nom d'état lymphatique.

« Dans la plupart des cas les enfants y sont prédisposés par une hérédité fâcheuse (syphilis, arthritisme, lymphatisme, nutrition défectueuse chez les parents) ; quelquefois cependant, cet état paraît conditionné presque exclusivement par une alimentation excessive, mal réglée, ou par des digestions imparfaites.

« Dans ces cas, les enfants sont pâles, bouffis, leurs chairs sont molles et leur pannicule graisseux est souvent trop développé. La proportion de liquides interstitiels semble exagérée. Ces enfants sont pareils à des plantes trop arrosées et trop riches en sève ».

« Toutes les formations lymphoïdes sont hypertrophiées. Chez les nourrissons de 5 à 12 mois le thymus reste gros, parfois même il augmente de

volume. En même temps, les formations lymphoïdes du pharynx, amygdales, végétations adénoïdes et ganglions correspondants prennent un développement excessif. Ces tissus qui sont des organes de défense, se trouvent déviés de leurs fonctions. Ils sont dans un état d'infection habituel qui les rend plus dangereux qu'utiles.

« On voit à tous les âges des enfants moux, blafards et bouffis, sujets à des inflammations interminables de la peau et des muqueuses et présentant à tout propos des adénopathies. Si la tuberculose intervient, ces enfants deviennent des scrofuleux » (Hutinel, *Maladies des enfants*, 1909).

Quoi qu'il en soit, c'est sur ce terrain lymphatique qu'apparaît souvent la kératite phlycténulaire.

Mais nous l'avons rencontrée aussi chez des enfants exempts de lymphatisme. Par contre, dans ces cas, nous avons presque toujours constaté des symptômes qui, depuis les travaux de Hertoghe, Léopold Lévi et H. de Rothschild, sont considérés comme la conséquence d'une insuffisance thyroïdienne. Il s'agissait d'enfants bouffis, présentant des troubles de la thermogénèse (frilosité, froid aux pieds), et de la circulation (ralentissement du pouls, cyanose des extrémités, engelures), enfants indolents, apathiques, fatigués, incapables de tout effort physique ou intellectuel. Chez ces petits malades que nous pourrions appeler des pseudo-lymphatiques endocriniens, le traitement opothérapique nous a donné d'excellents résultats.

D'autres faits, par ailleurs, nous ont conduit à l'hypothèse d'une kératite phlycténulaire d'origine endocrinienne.

En effet, il nous a été donné d'observer, en dehors du jeune âge, des cas de kérato-conjonctivite apparaissant pour la première fois :

chez des jeunes filles, peu ou mal réglées ;

chez des femmes, dans le cours de leur vie génitale, ou au moment des troubles de la ménopause ;

chez des hommes enfin, apparemment bien portants, mais en fait insuffisants glandulaires.

Dans le premier cas, il s'agit de jeunes filles d'aspect floride (tendance à l'obésité), chez lesquelles l'examen révèle des troubles vaso-moteurs (mains pâles ou bleuâtres, froides et humides), des troubles nerveux (fatigabilité, céphalée, douleurs musculaires), des troubles digestifs enfin (anorexie, constipation atonique), tous signes rattachés maintenant à l'insuffisance thyroïdienne.

Le plus souvent, ces malades souffrent aussi de troubles ovariens : retard pubertaire, règles absentes ou irrégulières, ou règles trop abondantes, trop longues, douloureuses. Le fait est connu depuis longtemps, et nous pourrions prendre comme type une observation de Sichel :

« Mlle M..., âgée de 22 ans, d'une constitution lymphatique et sanguine, a une taille moyenne, un embonpoint assez considérable pour son âge, la

figure arrondie, les joues pleines, fortement colorées, le nez gros, les lèvres, principalement la supérieure, gonflées, la mâchoire inférieure large. Son caractère est fort tranquille et un peu indolent ; ses facultés intellectuelles sont fort ordinaires. Les fonctions végétatives semblent prédominer chez elle ; sa digestion, son appétit et son sommeil ont été excellents avant sa maladie. Dans son enfance, elle a souvent eu le ventre gonflé, les ganglions cervicaux engorgés, la tête couverte d'éruptions croûteuses. Depuis deux ans, des maux de tête et de reins habituels augmentent à l'époque des menstrues, d'ailleurs fort irrégulières, tardives, et peu abondantes » (Sichel, *Iconographie ophthalmologique*).

Les idées nouvelles apportent quelques explications à cette observation ancienne, concernant une jeune fille atteinte de kératite phlycténulaire à répétition.

Nous savons maintenant que la glande thyroïde joue un rôle important dans le développement et le fonctionnement de l'appareil génital, au point que Léopold Lévi a pu dire que l'opothérapie thyroïdienne constitue le meilleur régulateur des fonctions ovariennes. Aussi, lorsque l'affection phlycténulaire apparaît chez des jeunes filles présentant ce syndrome thyro-ovarien de la puberté, il convient d'associer à son traitement habituel l'opothérapie thyroïdienne. Nous l'avons fait chez nos malades et nous avons constaté que la médication endocrinienne facilite et accélère la guérison des lésions oculaires.

Chez l'adulte, la kératite impétigineuse est consi-

dérée comme rarissime. Carron du Villards pourtant écrivait en 1836 : « Pendant longtemps, on a cru que l'inflammation scrofuleuse de la cornée n'était que le partage de la première enfance ou de l'excessive jeunesse, les faits viennent chaque jour démontrer l'inexactitude de ces assertions ; car l'on rencontre des kératites strumeuses à tout âge, et même à un âge avancé. J'en ai vu chez des sujets de 25, 35, 45 et 60 ans » (*Etudes cliniques sur la kératite scrofuleuse*, 1836).

L'affection, il est vrai, est infiniment plus rare chez l'adulte, mais elle existe, et nous avons remarqué qu'elle se développe plus particulièrement au cours des incidents de la vie génitale (époques menstruelles, grossesse), ou au moment de l'involution des glandes sexuelles (ménopause).

Nous en avons rencontré un cas chez une femme de 43 ans. Cette malade nous a signalé que sa première atteinte de kératite phlycténulaire remontait à l'âge de 23 ans. Depuis, elle a eu de nombreuses poussées, correspondant presque toujours avec les époques menstruelles. Ce cas rentre dans le groupe de faits décrits sous le nom de troubles ophtalmo-angiocri-niens (Rossi). Nous avons pu en observer un autre exemple en mars 1933, à la consultation du dispensaire de la rue d'Assas. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, présentant des poussées congestives au niveau des conjonctives, à l'occasion de ses règles. M. Léopold Lévi, après l'examen de la malade, conclut à une insuffisance thyroïdienne et hypophysaire.

Nous avons enfin rencontré un cas de kératite phlycténulaire chez un homme d'une cinquantaine d'années, présentant en même temps des signes d'insuffisance pluri-glandulaire.

Pour nous résumer, la coexistence de signes d'hypothyroïdie dans la kératite phlycténulaire de l'enfance, l'apparition assez fréquente de l'affection au moment de l'évolution (puberté) et de l'involution (ménopause) de l'appareil génital, les résultats heureux dans tous ces cas du traitement endocrinien, nous ont conduit à penser qu'il faut accorder une place à l'insuffisance glandulaire dans son étiologie. Et nous pensons aussi que bien des enfants, considérés comme lymphatiques, sont en réalité des hypoendocriniens. Lymphatisme, et hypothyroïdie ont d'ailleurs des signes communs :

Troubles du développement corporel (petitesse de la taille, défaut d'harmonie, rareté du système pileux) ;

Troubles de la circulation (cyanose des extrémités, prédisposition aux engelures) ;

Troubles de la nutrition (tendance à l'obésité, empatement des tissus mous, prédisposition aux inflammations de la peau) ;

Troubles nerveux (céphalée, apathie, fatigabilité) ;

Troubles intellectuels enfin (difficulté d'assimilation).

Quelques auteurs, du reste, ont voulu considérer certaines insuffisances glandulaires (hypophyse en

particulier) comme une des causes du lymphatisme.

Pour terminer ce chapitre étiologique, nous pouvons établir le tableau suivant, qui en constituera le résumé :

La kératite phlycténulaire peut être considérée :

1° Comme une complication d'affections :

A. — Du revêtement cutané : impétigo de la face et du cuir chevelu, lésions eczémateuses nasales, rétro-auriculaires, péri-buccales ; infections cutanées (staphylococcies), toutes les affections cutanées enfin ;

B. — Des muqueuses, suite d'infection :

aiguë : rougeole, coqueluche, scarlatine ;

chronique : catarrhe muco-purulent, caries dentaires, etc.

2° Comme manifestation d'un mauvais état général.

C'est pour cela qu'elle est tenace, récidivante et apparaît par :

convalescence de maladies anergisantes, surmenage, mauvaise hygiène, alimentation insuffisante ;

lymphatisme vrai, état allergique de la tuberculose ;

pseudo-lymphatisme endocrinien : insuffisance thyroïdienne chez l'enfant, insuffisance thyro-ovarienne (voire testiculaire) chez l'adulte.

Elle est entretenue aussi chez tous ces déficients physiques par des vices de réfraction.

CHAPITRE II

Traitement de la kératite phlycténulaire. Traitement habituel. Traitement endocrinien.

Des traitements nombreux ont été proposés dans cette affection, si variée quant aux conditions de son développement.

Nous ne rappelons que pour mémoire ces considérations de Carron du Villards : « Les applications externes, posées immédiatement sur l'œil, les cataplasmes de farine de lin, de pommes de rainette, de fécule de pomme de terre, de purée de fèves, pratique banale, et dont une saine chirurgie oculaire doit faire justice, amènent presque toujours dans l'organe un surcroît de malaise » (*Etudes cliniques sur la kératite scrofulleuse*, 1836).

La saignée fut aussi fort en honneur au ^{xix}^e siècle et Sichel note, dans l'observation de la jeune fille que nous avons signalée plus haut ; « une nouvelle saignée fut pratiquée, et cette fois au pied gauche, à cause de l'insuffisance du flux menstruel » (*Iconographie ophthalmologique*).

Aujourd'hui, le traitement de la kératite phlycténu-

laire est bien établi, et plus rationnel. Des méthodes modernes sont venues contribuer à la thérapeutique de cette affection, si décevante. Deux sont à retenir :

Comme traitement de l'état général, rayons ultra-violets en bains généraux sur le corps. Dix à douze séances de bains, appliqués avec prudence et ménagements. L'état général se modifie chez les strumeux et les impétigineux. Sous cette influence générale les phlyctènes se flétrissent plus facilement et guérissent.

Comme traitement local, ionisation avec l'ion zinc. Placer dans l'électrode œillère une solution de sulfate de zinc à 1 0/00, pratiquer l'ionisation tous les jours pendant vingt minutes avec une intensité de 1/10 de milliampère. Cette pratique contribue à faire disparaître les nodules infectieux avant qu'ils aient creusé en profondeur et qu'ils aient laissé des ulcérations productrices de taies.

M. Cantonnet, auquel nous empruntons la description de ces méthodes, conclut : « L'atropine, l'ionisation, les pommades antiseptiques, feront la base du traitement local ; les bains généraux de rayons ultra-violets, de même que toute médication pouvant changer la nature du terrain, seraient à appliquer pour l'état général. (La kératite phlycténulaire et son traitement, *La Clinique*, déc. 1932).

En ce qui nous concerne, nous conduisons de la façon suivante le traitement de la kératite phlycténulaire.

1^o TRAITEMENT LOCAL.

Au début de l'affection, lorsque la photophobie est marquée et détermine un blépharospasme intense, nous luttons contre ce dernier symptôme qui, outre qu'il gêne le traitement, finirait par entraîner des conséquences fâcheuses pour la vision. Dans ce but, nous employons les compresses chaudes, et l'instillation d'un collyre cocaïne-atropine deux ou trois fois par jour. Nous avons constaté que la cocaïne, à condition de l'employer en solution très faible, n'a pas d'influence nocive pour la cornée. En même temps, comme antiseptique, nous utilisons la pommade iodoformée.

Lorsque la photophobie a disparu, nous remplaçons ces médicaments par une pommade à l'oxyde jaune au 1/50, ou au 1/20 en cas de pannus.

Naturellement, dans les cas où il existe des lésions cutanées ou muqueuses (impétigo, eczéma, otorrhée, catarrhe nasal), nous instituons en même temps le traitement de ces lésions.

2^o TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Il est très important et comporte des prescriptions hygiéniques et des prescriptions médicamenteuses.

Comme prescriptions hygiéniques, nous recommandons à nos malades une alimentation saine, des frictions générales, et lorsque c'est possible, la vie au grand air.

Comme médicaments, particulièrement chez les sujets lymphatiques, nous utilisons l'huile de foie de morue, et les injections de cacodylate de soude, répétées tous les deux jours à la dose de 5 à 10 cgr.

Enfin, et c'est sur ce point que nous allons insister, si les malades atteints de kératite phlycténulaire présentent des signes d'insuffisance endocrinienne, nous associons au traitement habituel un traitement opothérapique.

LE TRAITEMENT THYROIDIEN. DOSES. RÉSULTATS.

Nous avons vu que lorsque les glandes endocrines peuvent être mises en cause dans le développement de l'affection phlycténulaire, il s'agit le plus souvent d'une insuffisance de la thyroïde. L'opothérapie thyroïdienne est donc celle que nous avons généralement employée. Cela ne veut pas dire qu'elle constitue un traitement en quelque sorte spécifique de l'affection, et nous ne devons pas perdre de vue ces remarques de Léopold Lévi : « Le traitement opothérapique des affections oculaires doit être conduit, en principe, suivant les règles générales de l'opothérapie, c'est-à-dire qu'une affection déterminée ne comporte pas l'emploi d'une glande déterminée, mais qu'il convient, dans chaque cas particulier, d'étudier le malade affecté d'ophtalmo-endocrinisme, en fonction de ses endocrines » (Léopold Lévi, *L'œil et les endocrines*).

Quoi qu'il en soit, comme traitement thyroïdien, nous prescrivons la glande desséchée à prendre en

ingestion, sous forme de cachets, pilules ou tablettes.

Nous avons constaté que ce sont les doses considérées comme faibles (5 à 20 mgr.), qui donnent les résultats les plus satisfaisants chez ces malades, qui présentent le plus souvent de petites insuffisances.

Chez l'enfant, nous commençons par 5 mgr. de poudre, pour atteindre rapidement la dose de 20 mgr. que nous répétons tous les deux jours. Habituellement, l'action est rapide ; l'état général s'améliore, l'enfant devient plus vif, moins bouffi, et en même temps les symptômes locaux s'atténuent.

Nous avons même prescrit l'opothérapie thyroïdienne à un petit malade chez lequel les signes de lymphatisme prédominaient, et qui présentait une kératite traînante, rebelle aux médications habituelles. Sartory signale d'ailleurs que dans certains cas d'accidents d'ordre neuro-arthritique, chez les enfants de 7 à 12 ans qui présentent du retard de développement, des doses faibles de thyroïde donnent quelquefois des résultats très rapides et souvent remarquables (Sartory, Scheffer et Moinson, *L'Opothérapie en clinique*).

Il semble que le traitement endocrinien prépare et renforce l'action des autres médications. Savini, notant les bons effets de la médication thyroïdienne contre l'eczéma, attribue son efficacité à une action stimulante des forces défensives de l'organisme.

Nous pouvons admettre un mécanisme analogue dans la kératite phlycténulaire. L'opothérapie dé-

clanche l'action des autres médications générales.

Avec les doses que nous utilisons, nous n'avons jamais constaté d'accidents, ni même de signes d'intolérance. Rappelons toutefois que ces signes, qui nécessitent l'arrêt du traitement thyroïdien, ou tout au moins la diminution des doses, sont les suivants :

Troubles circulatoires : tachycardie, palpitations arythmie ;

Troubles nerveux : insomnie, céphalée, tremblements, élévation thermique ;

Troubles urinaires : polyurie, albuminurie ;

Troubles digestifs : anorexie, diarrhée.

Tous ces symptômes d'intolérance concernent surtout les cas d'instabilité thyroïdienne.

Chez l'adolescent et l'adulte, la conduite du traitement endocrinien, dans ses grandes lignes, est la même. Cependant, lorsqu'on se trouve en présence de malades présentant en même temps que des symptômes d'hypothyroïdie, des signes d'insuffisance génitale, il est indiqué de faire une médication pluri-glandulaire, thyro-ovarienne ou thyro-testiculaire.

Pour terminer, signalons que chez tous ces malades, enfants, adolescents, adultes, la thérapeutique endocrinienne, pour donner de bons résultats, doit être associée aux médications locales et générales habituelles.

CHAPITRE III

Observations cliniques.

OBSERVATION N° 1.

B... Suzanne, 15 ans.

Entre à l'hôpital du Mans le 18 juillet 1932.

Grosse fille de 15 ans, présentant au niveau du limbe scléro-cornéen des deux côtés deux ou trois phlyctènes entraînant un léger larmoiement et une photophobie moyenne. Pas de lésions cutanées ni orificielles.

Au point de vue général, mauvaise circulation périphérique, mains violettes, froides, humides. Visage bouffi, joues grasses, rose vénitien.

L'enfant est mal réglée, lente, fatiguée, apathique. Institution du traitement local habituel (cocaïne, atropine, pommade iodoformée très faible).

Comme traitement général, opothérapie thyroïdienne à raison de 20 mgr. de poudre en pilules, tous les deux jours.

Transformation rapide sous l'influence du traitement thyroïdien.

OBSERVATION N° 2.

L... Marcel, 11 ans.

Amené à notre consultation le 16 octobre 1931.

Souffre des yeux depuis deux mois.

Photophobie intense, écoulement abondant et continu de

larmes. L'enfant se tient la tête penchée. La contracture de l'orbiculaire est telle que les paupières restent ectropionnées, montrant des follicules adénoïdes énormes siégeant à la fois sur les conjonctives et les culs-de-sac supérieurs et inférieurs.

Après cocaïnisation et à l'aide d'écarteurs, on peut apercevoir les cornées, sièges de petites ulcérations phlycténulaires.

Le visage de l'enfant est bouffi, les joues sont rose vénitien, la queue des sourcils est raréfiée. Les mains sont violacées, froides. On note en outre de l'apathie et un retard intellectuel.

Malgré le traitement habituel, local : cocaïno-atropinique pour lutter contre la contracture de l'orbiculaire, général : injections arsénicales, huile de foie de morue, l'amélioration est à peine sensible.

En novembre, en raison de l'état général de l'enfant et des symptômes d'hypothyroïdie qu'il présente, nous essayons la poudre de thyroïde.

Après quinze jours de ce nouveau traitement, transformation notable. Le petit malade devient plus vif, la bouffissure du visage diminue, les cornées se cicatrisent et le spasme orbiculaire cesse.

Il sort le 30 décembre 1931, en bon état. Nous l'avons suivi et revu. Les follicules adénoïdes des culs-de-sac ont disparu.

OBSERVATION N° 3.

Anna R..., 23 ans.

Entre à l'hôpital du Mans le 24 mai 1931. Elle présente alors une staphylococcie de tout le visage, de l'otorrhée, de l'œdème des paupières, avec réaction conjonctivale intense et muco-pus.

Au point de vue état général, malade bouffie, présentant des

troubles de la circulation périphérique (cyanose des extrémités, œdème malléolaire) et des troubles ovariens (dysménorrhée).

Traitée par tous les moyens habituels (pommade au bleu de méthylène, compresses chaudes, etc.). Sur la kératite phlycténulaire se sont développées des ulcérations qui aboutissent à la perforation de la cornée avec inclusion de l'iris.

Pendant un mois on associe au traitement classique un traitement thyroïdien qui améliore notablement l'état général et un peu les lésions oculaires.

Le 15 juillet, recouvrement sous-conjonctival droit, deux iridectomies partielles.

La malade quitte l'hôpital le 22 mars 1932. Sa vue s'est un peu améliorée.

OBSERVATION N° 4.

L... Joseph, 11 ans.

Entre à l'hôpital en décembre 1932.

Il s'agit d'un cas de kérato-conjonctivite phlycténulaire chez un eczémateux narinaire. Chez cet enfant, les signes de lymphatisme sont prédominants. Cependant, l'affection trainant en longueur, nous avons essayé la médication thyroïdienne qui a activé la guérison de la poussée de kératite.

L'enfant sort le 21 février 1933, mais revient en février 1934, avec une nouvelle atteinte de kératite. En raison de son état général, il est dirigé sur Berk-Plage le 12 mai 1934.

OBSERVATION N° 5.

Mme C..., 43 ans.

Vient à notre consultation en avril 1933 pour une poussée de kératite phlycténulaire. Cette malade nous signale que la pre-

mière atteinte remonte à l'âge de 23 ans et que, depuis, elle a eu des poussées fréquentes coïncidant avec les époques menstruelles.

Au point de vue de l'état général, c'est une hypothyroïdienne, présentant des troubles vaso-moteurs (frilosité, cyanose des extrémités, etc.). Cette malade a des cheveux gris depuis l'âge de 30 ans, mais actuellement, elle paraît plus jeune que son âge.

Il s'agit donc de troubles ophtalmo-angiocrinien sous la dépendance d'une insuffisance thyroïdienne.

Nous avons institué un traitement thyro-ovarien qui a produit une amélioration de l'état oculaire, et une meilleure marche des fonctions ovariennes.

OBSERVATION N° 6.

M. F..., 30 ans.

Vient à notre consultation en février 1933.

Ce malade a présenté, il y a trois ans, une première atteinte de kératite phlycténulaire de l'œil droit. Il en est resté une taie centrale (acuité visuelle OD = 7/10).

Au point de vue général, il s'agit d'un homme gros, légèrement obèse, et présentant des signes d'insuffisance thyroïdienne. Il n'a jamais suivi de traitement endocrinien.

Le fait intéressant chez ce malade est donc l'apparition de sa première poussée de kératite phlycténulaire à l'âge de 27 ans, et la constatation chez lui de signes d'hypothyroïdisme.

Il vient consulter cette fois pour une autre lésion, consécutive à une blessure de l'œil gauche.

REMARQUES

« Pour qu'un trouble oculaire puisse légitimement être subordonné à une influence endocrinienne, écrit M. Léopold Lévy, une des conditions suivantes est nécessaire :

« a) Il faut qu'il puisse être produit expérimentalement par la suppression d'une glande, ou inversement, que l'absorption d'un excès de produit glandulaire lui donne naissance.

« b) Il faut qu'il y ait coïncidence régulière de ce signe avec d'autres signes qui, eux-mêmes, soient indubitablement reconnus comme étant sous la dépendance d'une glande endocrine.

« c) Il faut qu'il ait une physionomie, une évolution, des lésions particulières.

« d) Il faut que le traitement opothérapique ait sur les désordres oculaires une action indiscutable » (*L'œil et les endocrines*).

Chez nos malades, nous avons dû nous contenter de l'examen clinique, et de l'épreuve thérapeutique. Nous destinant à l'exercice de la médecine générale, nous avons simplement voulu, dans ce travail, relater quelques faits d'observation qui nous ont paru intéressants.

Conclusions.

1^o La kérato-conjonctivite phlycténulaire est une affection dont la pathogénie est encore discutée. Cela tient aux conditions multiples et variées de son apparition.

2^o A côté du lymphatisme et de la scrofule, formes larvées de tuberculose, il semble qu'on puisse accorder, dans certains cas, au point de vue étiologique, une place à l'insuffisance endocrinienne : insuffisance thyroïdienne surtout, accessoirement ovarienne ou testiculaire.

3^o Il convient, dans ces cas, d'associer au traitement local et général habituel de l'affection, un traitement opothérapique approprié.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Aland (A. H.).* — Etiology and pathology of phlyctenular keratoconjunctivitis (Am. J. opht., déc. 1925).
- Axenfeld.* — Traité d'Ophtalmologie.
- Cantonnet.* — La kératite phlycténulaire et son traitement (La Clinique, n° 196, déc. 1932).
- Carron du Villard.* — Etudes cliniques sur la kératite scrofuluse (Ext. du Bulletin clinique, 1836).
- Comby.* — Traité des maladies de l'enfance.
- Darier.* — Précis de Dermatologie.
- Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée (t. XXI : Dermatologie).
- Fuchs.* — Manuel d'Ophtalmologie.
- Gastou.* — La scrofule, terrain septico-pyohémique héréditaire ou acquis, et diathèse lymphoïde pré ou post-tuberculeuse, 1904.
- Hutinel.* — Maladies des enfants, t. II.
- Lagrange.* — Conjonctivite catarrhale, anaphylaxie médicale et troubles endocriniens (Archives d'Ophtalmologie, 1922).
- Manuel d'Ophtalmologie.
- Léopold-Lévi.* — L'œil et les endocrines (Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris, nov. 1931).
- Opothérapie endocrinienne. Ses applications journalières.

- Les doses en thérapeutique thyroïdienne.
- Marfan.* — Clinique des maladies de la première enfance (Paris, 1926).
- Scrofule et ophtalmie phlycténulaire (Presse médicale, sept. 1928).
- Morax.* — Précis d'Ophtalmologie, 4^e éd., 1931).
- Conjonctivite impétigineuse (Encyclopédie française d'Ophtalmologie, t. 5, p. 763).
- Pagani et Genaro.* — Ricerche cliniche sulle cherato-congiuntiviti flittenuari in rapporto alla costituzione morfologica ed al sistema endocrino neurovegetativo (Bolletino d'oculistica, oct. 1929).
- Panas.* — Maladies des yeux, t. II.
- Paré (Ambroise).* — Phlyctœna psydracia (Œuvres, 10^e édition, 1641).
- Porak.* — Les syndromes endocriniens.
- Poulard.* — Traité d'Ophtalmologie.
- Riehm.* — Sur la conjonctivite et kératite phlycténulaire expérimentale. (Ann. d'Oculistique, 1929, p. 150).
- Sainton.* — Glandes endocrines et troubles oculaires (Progrès médical, n° 46, nov. 1927).
- Sartory, Scheffler, Moinson.* — L'opothérapie en clinique.
- Sichel.* — Iconographie ophtalmologique.
- Terson.* — Ophtalmologie du médecin praticien.
- Atlas manuel des maladies externes de l'œil (traduit de Haab Otto).
- Terrien.* — Précis d'Ophtalmologie.
- Troubles visuels liés aux altérations des glandes endocrines (Archives d'Ophtalmologie, 1922).
- Vallin.* — De la guérison de la cataracte (G. Baillière, 1843).

